



## UNE PRATIQUE ORTHOPHONIQUE BASÉE SUR LES FAITS SCIENTIFIQUES : MODE D'EMPLOI

Christelle Maillart & Trecy Martinez-Perez  
ULiège - Belgique  
Avec la collaboration de Nancy Durieux

26 octobre 2017

Université Saint-Joseph, Beyrouth



## Plan

3

- Définitions
- Pourquoi appliquer l'EBP en pratique clinique ?
- Comment appliquer l'EBP en pratique clinique ?
- Les barrières
- Les défis et opportunités
- Pour finir

## DÉFINITION

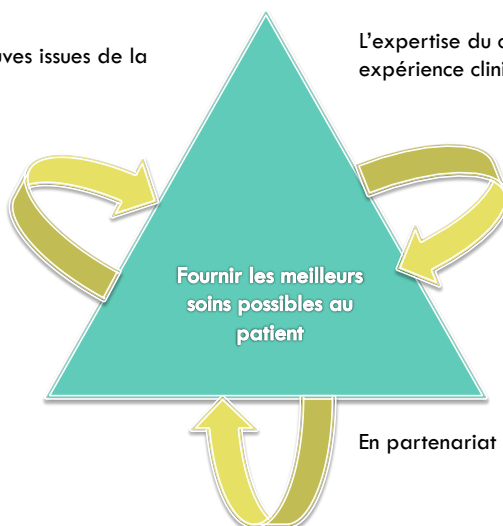
4

## L'EBP combine

5

Les meilleures preuves issues de la recherche

L'expertise du clinicien issue de son expérience clinique



En partenariat avec le patient

## Evidence Based Practice (EBP)

(à partir de Dollaghan, 2007 ; cf. Maillart & Durieux, 2012)

6

E<sup>3</sup>BP = intégration consciente, explicite et appropriée des

1. meilleures preuves externes venant de la **recherche**
2. meilleures preuves internes venant **de l'expérience clinique**
3. meilleures preuves concernant **les préférences d'un patient** correctement et complètement informé

→ Pour réduire l'incertitude au niveau d'une décision clinique et aider au choix thérapeutique

## POURQUOI ?

7

## Cadre éthique

8

- CPLOL (2009) : cadre éthique commun pour la pratique de l'orthophonie-logopédie
- **Quatre principes :**
  1. respecter l'autonomie et la dignité des individus,
  2. agir d'une façon à apporter un bénéfice aux individus et à améliorer leur qualité de vie,
  3. éviter de faire la moindre chose qui pourrait porter préjudice aux individus,
  4. agir de façon équitable et juste envers les individus et la société.

9

Mais aussi des **devoirs éthiques** envers les patients :

Ex.

- le fait d'agir au sein des limites de ses propres connaissances,
- de donner des conseils ou des avis professionnels honnêtes et bien fondés,
- de baser ses actions sur des preuves scientifiques et des consensus professionnels,...

10

*Les orthophonistes doivent prodiguer le meilleur traitement possible à leurs patients [...]*

Code Ethique et Déontologique

Obligation professionnelle : justifier la pertinence de ses décisions thérapeutiques et de ses actes professionnels.

## Le but de l'EBP ?

11

- « ... réaliser des services de haute qualité qui reflètent les préférences, les valeurs, les besoins, et les choix des individus que l'on sert » (Robey et al., 2004)

## Décision thérapeutique

12

- Choix du traitement repose sur
  - ▣ La qualité de l'évaluation
  - ▣ L'analyse de la demande
  - ▣ Les caractéristiques de l'enfant
  - ▣ Les connaissances théoriques sur la pathologie suspectée
  - ▣ Les connaissances des méthodologies de l'intervention
  - ▣ La mesure de l'efficacité de ce qui est entrepris, etc.

Malgré cela, **INCERTITUDE CLINIQUE**



En résumé,  
on développe une pratique EBP pour

13

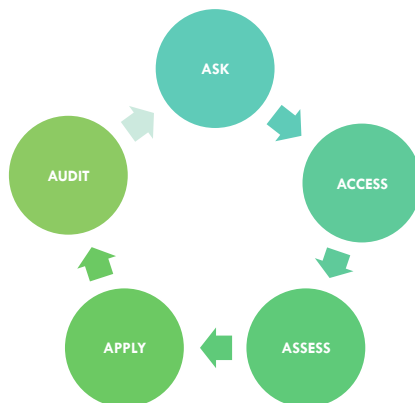
- Réduire le risque de donner un traitement qui n'est pas efficace
- Assurer le développement professionnel de ses connaissances
- Répondre aux pressions des organismes professionnels et ceux qui paient pour les services (gouvernement, compagnie d'assurances)

**COMMENT ?  
LES ÉTAPES DE L'EBP**

14

## Processus en 5 étapes (Straus et al., 2011)

15



### 1. ASK - Poser une question clinique

(Ingham, 2003)

16

- Situation d'incertitude concernant un diagnostic, une action de prévention, ou encore un choix de traitement pour un patient
- → **Besoin d'information** à transformer en une **question** claire, précise, structurée



## Un canevas : PICO (Richardson et al., 1995)



17

- **P**roblème qui se pose, **P**athologie, **P**opulation ou **P**atients étudiés
- **I**ntervention envisagée
- **C**omparaison avec une autre intervention (si inclus dans la question)
- **O**utcomes : objectif(s) visé(s) ainsi que les paramètres qui seront pris en compte pour démontrer que l'objectif a été atteint

## Exemple



18

- D'une question simple :

*Est-ce que l'implant cochléaire aide à améliorer la lecture d'un enfant sourd?*

.... à une question structurée

## Exemple (1)



19

- Chez les enfants qui souffrent d'une surdité profonde (P), les scores de lecture à 12 ans (O) sont-ils significativement meilleurs chez les enfants implantés (I) que chez ceux qui n'ont pas eu d'implants cochléaires (C) ?

## Exemple 2



20

- D'une question simple :

*Faut-il intervenir en logopédie lorsqu'un jeune enfant bégaye ou faut-il attendre que cela se résorbe avec le temps ?*

... à une question structurée

## Exemple (2)



21

- ▣ Chez un enfant d'âge préscolaire qui bégaye depuis plus de 6 mois (P), faut-il une rééducation logopédique (I) pour diminuer significativement les dysfluences (<3% SB) (O) ou faut-il attendre une amélioration spontanée des difficultés (C) ?

## Un autre canevas : PESICO (Schlosser et al., 2007)



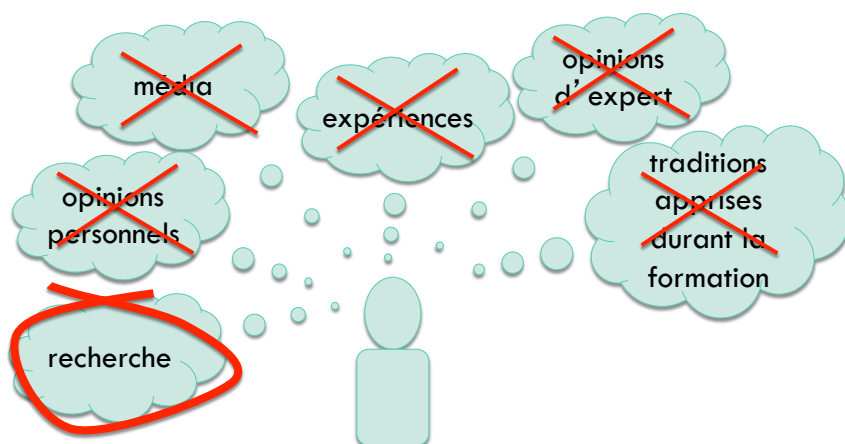
22

- ▣ Communication augmentée et alternative
- ▣ PICO + E & S = PESICO
  - ▣ E = environnement → besoins actuels & futurs en tenant compte des connaissances, compétences et besoins des partenaires de la communication
  - ▣ S = stakeholder (partie prenante), y compris le patient lui-même (ses préférences, attitudes et besoins par rapport au P, I ou O) qui peuvent interférer directement avec l'intervention

## 2. Access - Trouver les meilleures données probantes

(Ingham, 2003; Straus et al., 2011)

23

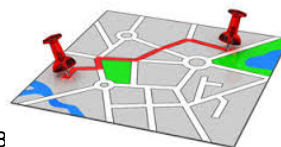


## Trouver des données probantes ?



24

- Indispensable de savoir où chercher mais aussi où il est peu utile de chercher (Dollaghan, 2007)



- 2 principes importants (Guyatt et al., 2008)
  - Le classement des « preuves »
  - Une preuve n'est jamais suffisante

## Hiérarchisation des études



25

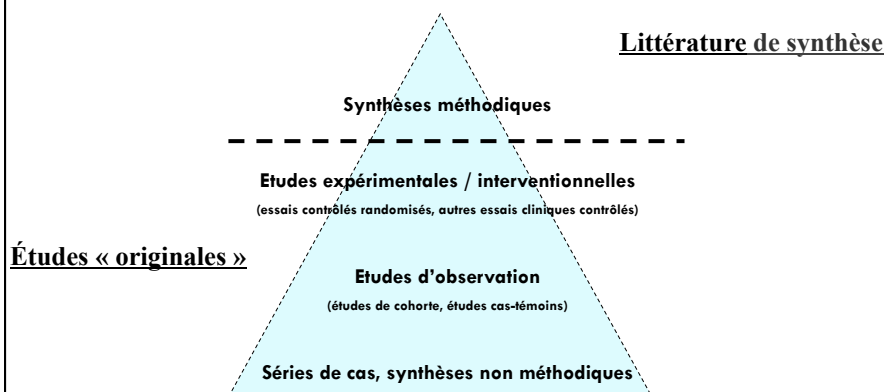
- Toutes les publications ne sont pas de qualité équivalente
  - ▣ → « niveaux de preuve »
    - le degré de confiance à accorder aux résultats/conclusions d'une étude en fonction
      - du schéma de l'étude (*study design*)
      - de la qualité de la méthodologie et de l'analyse des résultats

(Greenhalgh, 2010 ; OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011)

## Hiérarchisation simplifiée



26



Adaptée d'après Greenhalgh (2010)

## Une preuve n'est pas suffisante



27

- Lire toutes les études originales sur un sujet ?



## Les raccourcis : les *clinical guidelines*



28

- Définition
  - ▣ « des propositions qui incluent des **recommandations particulières** destinées à optimiser les soins d'un patient. Elles doivent s'appuyer sur une synthèse méthodique des données issues de la recherche scientifique et mentionner les avantages et les inconvénients des options alternatives de soins» (IOM, 2011, p 4).

## Recommandation pour la pratique clinique (RPC)



29

- Objectifs
  - ▣ Aider rapidement les professionnels des soins de santé et les patients à prendre les meilleures décisions cliniques
  - ▣ Mais aussi réduire les variations dans les pratiques professionnelles et à améliorer la situation des patients (Hoffman et Bucham, 2013)



30

- Réflexes professionnels de demain
- Comprendre le potentiel des RPC
- Poursuivre le développement de RPC de qualité (évaluation – Agree)

Plus d'infos ? Maillart et Durieux (2014)



### 3. Assess - Evaluer de manière critique ces données



31

- Toute méthodologie de recherche a ses limites
- Facteurs limitant la qualité d'une « preuve »
  - ▣ Faible qualité méthodologique de l'étude
  - ▣ Incohérence des résultats
  - ▣ Imprécision
  - ▣ Biais de publication

→ L'évaluation des articles est une étape importante

### Grilles de lecture/d'évaluation

32

- Spécifiques aux différents types d'études (« study design »)
  - ▣ Pour les essais contrôlés randomisés
    - La grille CONSORT (<http://www.consort-statement.org/>)
  - ▣ Pour les synthèses méthodiques de la littérature
    - La grille PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>)
  - ▣ ...

Autres grilles ? Equator Network

- <http://www.equator-network.org/>



#### 4. Apply –Intégrer les meilleures données avec le jugement clinique (Ingham, 2003)



33

- Données de la recherche mais aussi issues de l'expérience clinique
- Pour avoir des faits illustrant cette étape, il est important de décrire différentes informations  
= ingrédients actifs



### Ingrédients actifs

34

PICO

- Caractéristiques de la prise en charge décrite :
  - [ □ Objectif ? cibles spécifiques du traitement (ex. : améliorer certaines mesures phonologiques etc.)
  - Quoi ? les techniques thérapeutiques (ex. : introduire une forme par modelage lors d'une session de jeu ; entraîner une production par drill)
  - I [ □ Comment ? informations concernant le dosage (durée et fréquence de l'intervention (ex. 20min / 3 fois par semaine), nombre d'exercices/cibles proposés, durée totale de l'intervention (ex. 4 mois)

## A prendre en considération

35

- Importance de la proximité des « O » et « I » entre ce qui est décrit et ce qu'on veut mettre en place !
  - *Pour quels patients l'intervention fonctionne-t-elle le mieux ?*
  - Examen par rapport à un patient particulier

## A prendre en considération

36

- *Ce traitement est-il applicable en tenant compte de mes conditions de pratique quotidienne / de ma formation ?*
  - ▣ **Conditions de réalisation :**  
Parfois on peut être amené à renoncer à un traitement efficace si les conditions de réalisation sont impossibles à mettre en place (par soi / par le patient)
  - ▣ **Formation** → prendre les mesures qui s'imposent

37

### □ Implications cliniques :

- ▣ Importance de décrire précisément les ingrédients actifs
- ▣ Permet l'évaluation de sa pratique
- ▣ Garantie de fidélité (transfert d'un clinicien à l'autre)

## 4. Apply –Intégrer les meilleures données avec le jugement clinique (Ingham, 2003)



38

- Données de la recherche, de l'expérience clinique et des préférences du patient

## Comment tenir compte des préférences des patients, préférences forcément subjectives ?

39

- Respecter l'autonomie d'un patient s'apparente au principe de « *beneficence* »... en effet, impossible de travailler pour le bien du patient sans comprendre ce que le patient croit qui est bon pour lui
- Jugement du patient peut se baser sur des faits non accessibles au clinicien (amis, internet, expérience personnelle, ...), des circonstances présentes (besoins sociaux, biologiques, ...)
- Prise en compte des caractéristiques d'un patient, de son entourage : les intérêts de l'enfant, ses ressources langagières et non langagières, l'investissement des parents,...



## 5. Assess - Mesurer l'efficacité de la démarche & de sa pratique

40

- Ligne de base !!!
- Importance d'avoir plusieurs mesures
- Quelles peuvent être ces mesures ?  
( Olswang & Bain, 1994)
  - ▣ Mesures comparées à des normes : choix peu intéressant pour évaluer un traitement car trop larges pour mesurer des effets spécifiques.. De plus, une administration répétée invalide les normes
  - ▣ Mesures critériées : doivent être assez sensibles pour détecter des changements développementaux



## Practice-based Evidence

41

- *Evidence-based practice* ou *practice-based evidence* ?
  
- *PBE = preuves issues de la pratique, soit :*
  - ▣ l'expérience personnelle du clinicien et ses connaissances théoriques -lui permettant de faire les choix pratiques les plus appropriés-,
  - ▣ la pratique réflexive -les connaissances issues de la pratique-
  - ▣ l'évaluation de sa pratique.

42

- Opposées ou complémentaires ?
  
- Sackett et al. (1996, p. 71) définissent ainsi l'expertise des cliniciens comme « l'habilité à utiliser les aptitudes cliniques et l'expérience passée pour identifier rapidement l'état de santé spécifique à chaque patient, son diagnostic, ses bénéfices ou risques potentiels liés à une intervention en fonction des attentes et de ses valeurs ».

## EN CONCLUSION

43

Ne pas oublier :  
Cela reste une décision clinique ! (Tonelli, 2006)

44

### □ Qui doit être prise en tenant compte

1. Des données issues de la recherche (E1)
2. Des données issues de l'expérience clinique (E2)
3. De la compréhension du fonctionnement psychopathologique (connaissances théoriques!)
4. Des préférences du patient et de ses valeurs (E3)
5. Des caractéristiques du système (prise en compte du contexte)

45

- ❑ Pas un niveau qui a priorité sur les autres
- ❑ La décision clinique est un processus personnel et réflexif qui peut conduire à des conclusions différentes face à des cas similaires, selon le poids relatif donné aux différentes sources.
- ❑ Prise de conscience et analyse de ce poids relatif !

## Prise en compte du système

46

- ❑ Bonne évaluation des ressources et limites du système
- ❑ Collaboration avec les parents
- ❑ Collaboration avec le milieu scolaire

## LES BARRIÈRES

47

### Plusieurs freins

48

- Nécessaire d'avoir des compétences en
  - ▣ Recherche d'informations probantes
  - ▣ Anglais
  - ▣ Evaluation de l'information scientifique
- Manque de temps pour appliquer la démarche
- Coût : outils de recherche d'information et articles scientifiques
- Manque de données probantes
- Peur : standardisation des soins
- ...



## Comment y remédier ?

49

- Formation initiale
- Formation continuée
- Pratique / « entraînement »
- Rester informé
  - ▣ Alertes à partir des ressources spécialisées, « Tout cuit dans le bec »...
- Faire remonter le manque de preuves aux chercheurs
- ...

**LES DÉFIS**  
**LES OPPORTUNITÉS**

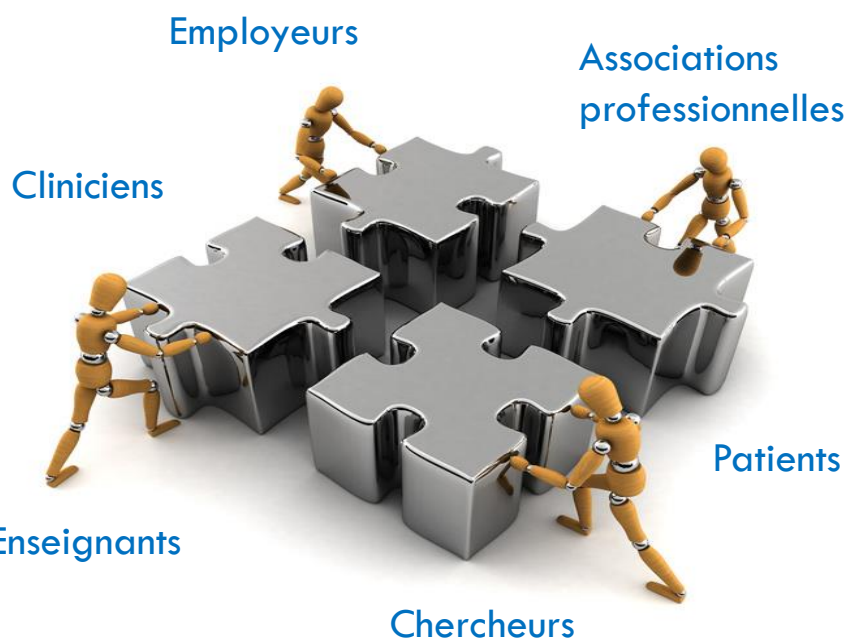
50

51



- Améliorer les pratiques
- Consolider les liens entre la recherche et la clinique

→ Reconnaissance & défense de la profession



52

**POUR FINIR...**

53



## Conclusion

54

- EBP : réflexe professionnel incontournable
  - ▣ Répond à des questions éthiques
  - ▣ Enjeu de standardisation des pratiques (garantir des soins équitables) → craintes
  - ▣ Contexte plus global de défense de la profession → indispensable
  - ▣ Décision reste un choix clinique → importance du raisonnement clinique
  - ▣ Des barrières mais aussi des opportunités !



## Références

56

American Speech-Language-Hearing Association. (2005). *Evidence-based practice in communication disorders* [Position Statement]. [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy) doi:doi:10.1044/policy.PS2005-00221

CPLOL (2009). *Code éthique et déontologique*.

[http://www.cplol.eu/images/Documents/documents/Principes\\_thiques\\_et\\_dontologiques.pdf](http://www.cplol.eu/images/Documents/documents/Principes_thiques_et_dontologiques.pdf)

Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., . . . Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*, 5(1), 1. doi: 10.1186/1472-6920-5-1

DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). ACP Journal Club. Editorial: Accessing preappraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Annals of Internal Medicine*, 151(6), JC3-2, JC3-3.

Dollaghan, C. A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore, Maryland: Brookes Publishing.

57

Durieux, N., Pasleau, F., Piazza, A., Donneau, A.-F., Vandenput, S., & Maillart, C. (2015). Information behaviour of French-speaking speech-language therapists in Belgium: Results of a questionnaire survey. *Health Information and Libraries Journal*. Advance online publication. doi:10.1111/hir.12118  
<http://hdl.handle.net/2268/185031>

Glasziou, P. (2005). Evidence based medicine: Does it make a difference? Make it evidence informed practice with a little wisdom. *BMJ*, 330(7482), 92; discussion 94.

Greenhalgh, T. (2010). *How to read a paper: The basics of evidence-based medicine* (4th ed.). Chichester, England: Wiley-Blackwell.

Guyatt, G., Rennie, D., Meade, M., & Cook, D. J. (Eds.). (2008). *Users' guide to the medical literature: A manual for evidence-based clinical practice* (2nd ed.). New York, NY: McGraw Hill Medical.

Hoffmann, T., & Buchan, H. (2013). Clinical practice guidelines. In T. Hoffmann, S. Bennett, & C. Del Mar (Eds.), *Evidence-based practice across the health professions* (2nd ed., pp. 313-327). Sydney, Australia: Churchill Livingstone.

58

Greenhalgh, T. (2010). *How to read a paper: The basics of evidence-based medicine* (Fourth edition ed.). Chichester, England: Wiley-Blackwell.

Kaldjian, L.C., Weir, R.F. & Duffy, T.P. (2005). A Clinician's Approach to Clinical Ethical Reasoning, *Journal of General Internal Medicine*, 20, 3, 306-311.

Maillart, C., & Durieux, N. (2012). Une initiation à la méthodologie « Evidence-Based Practice » : Illustration à partir d'un cas clinique. In C. Maillart & M.-A. Schelstraete (Eds.), *Les dysphasies : De l'évaluation à la rééducation*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier-Masson.  
<http://hdl.handle.net/2268/118673>

Maillart, C., & Durieux, N. (2014). L'evidence-based practice à portée des orthophonistes: Intérêt des recommandations pour la pratique clinique. *Rééducation orthophonique*, 257, 71-82.  
<http://hdl.handle.net/2268/164564>

OCEBM Levels of Evidence Working Group. (2011). *The 2011 Oxford Levels of Evidence*. Retrieved 6 novembre 2012, from <http://www.cebm.net/ocebmllevels-of-evidence/>

Olswang, L. & Bain, B. (1994). Data collection: monitoring children's treatment progress. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 55-66.

Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J., & Hayward, R. S. A. (1995). The well-built clinical question: A key to evidence-based decisions. *ACP Journal Club*, 123, A-12.

59

Robey, R., Apel, K., Dollaghan, C. A., Ellmo, W., Hall, N., Helfer, T., . . . Lonsbury-Martin, B. (2004). Report of the Joint Coordinating Committee on Evidence-Based Practice. Retrieved from <http://www.asha.org/uploadedFiles/members/ebp/JCCEBPReport04.pdf>

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.

Schlosser, R. W., Koul, R., & Costello, J. (2007). Asking well-built questions for evidence-based practice in augmentative and alternative communication. *Journal of Communication Disorders*, 40(3), 225-238. doi: 10.1016/j.jcomdis.2006.06.008

Schlosser, R. W., & Raghavendra, P. (2004). Evidence-based practice in augmentative and alternative communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 20(1), 1-21.

Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2011). *Evidence-based medicine: How to practice and teach it* (Fourth ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Tonelli, M. R. (2006). Integrating evidence into clinical practice: An alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 248-256.

60

A consommer sans modération :  
<http://cuitdanslebec.wordpress.com/blogue/>

